Legislative Summary **LS-523E**

BILL C-5: PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA ACT

Marlisa Tiedemann
Law and Government Division

26 April 2006

Library of Parliament
Bibliothèque du Parlement

Parliamentary Information and Research Service

LEGISLATIVE HISTORY OF BILL C-5

HOUSE OF COMMONS		SENATE	
Bill Stage	**Date**	**Bill Stage**	**Date**
First Reading:	24 April 2006	First Reading:	
Second Reading:	8 May 2006	Second Reading:	
Committee Report:		Committee Report:	
Report Stage:		Report Stage:	
Third Reading:		Third Reading:	

Royal Assent:

Statutes of Canada

N.B. Any substantive changes in this Legislative Summary which have been made since the preceding issue are indicated in **bold print.**

Legislative history by Peter Niemczak

CE DOCUMENT EST AUSSI PUBLIÉ EN FRANÇAIS

TABLE OF CONTENTS

Page

BACKGROUND 1

A. Context 1

B. Jurisdiction Over Public Health 2

C. Recommendations Relating to the Public Health Agency of Canada and the Chief Public Health Officer 4

1. *Learning from SARS – A Renewal of Public Health in Canada, A Report of the National Advisory Committee on SARS and Public Health* (the Naylor Report) 4
2. *Reforming Health Protection and Promotion in Canada: Time to Act* 7
3. Working Group on a Public Health Agency for Canada, April 2004 8

DESCRIPTION AND ANALYSIS 9

A. Preamble 9

B. Public Health Agency of Canada (Clauses 3 to 5) 9

C. Chief Public Health Officer (Clauses 6 to 12) 9

D. General Provisions (Clauses 13 to 15) 10

E. Transitional Provisions (Clauses 16 to 20) 10

F. Related and Consequential Amendments (Clauses 21 to 23) 11

G. Coming Into Force (Clause 24) 11

COMMENTARY 11

CANADA
LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

BILL C-5: PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA ACT*

Bill C-75, An Act respecting the establishment of the Public Health Agency of Canada and amending certain Acts (the Public Health Agency of Canada Act), was introduced in the House of Commons on 16 November 2005. That bill died on the *Order Paper* when Parliament was dissolved on 29 November 2005. It was subsequently reintroduced in the 39th Parliament as Bill C-5, on 24 April 2006.

As its title suggests, the bill provides the legislative basis for the Public Health Agency of Canada. The control and supervision of the Population and Public Health Branch of Health Canada was transferred to the Public Health Agency of Canada by Order in Council pursuant to the *Public Service Rearrangement and Transfer of Duties Act*, effective 24 September 2004. On that same day, Dr. David Butler-Jones was appointed Chief Public Health Officer of Canada pursuant to the *Special Appointments Regulations, No. 2004-15*.

BACKGROUND

A. Context

"Public health" is population-focused and includes disease surveillance, disease and injury prevention, health protection, health emergency preparedness and response, health promotion, and relevant research undertakings.(1) As the Auditor General of Canada noted in his November 1999 Report, responsibility for public health is shared between the federal government and the provinces and territories: provinces and territories provide many public health services, and Health Canada "is responsible for protecting Canadians against risks to

---

* Notice: For clarity of exposition, the legislative proposals set out in the bill described in this Legislative Summary are stated as if they had already been adopted or were in force. It is important to note, however, that bills may be amended during their consideration by the House of Commons and Senate, and have no force or effect unless and until they are passed by both Houses of Parliament, receive Royal Assent, and come into force.

(1) Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, *Reforming Health Protection and Promotion in Canada: Time to Act*, Fourteenth Report, 37th Parliament, 2nd Session, November 2003.

health and the spread of diseases."[2] Over the last number of years, there have been calls for the federal government to take a leadership role in coordinating federal, provincial and territorial approaches to public health issues, including improving federal public health legislation. For example, the Auditor General of Canada recommended that Health Canada initiate discussions with the provinces and territories on developing a national framework that would link public health components at various levels of government.[3] That same report also emphasized the need for roles and responsibilities to be clarified with respect to public health, in particular with respect to health surveillance.[4] A 2002 follow-up found that while there was still no federal public health legislation, the department had made progress with respect to establishing a national framework for health surveillance.[5]

The need to improve and strengthen coordination in the arena of public health was highlighted by the inadequacies of the public health response to the 2003 outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). Several reports examined how the outbreak was handled, including *Learning from SARS – A Renewal of Public Health in Canada, A Report of the National Advisory Committee on SARS and Public Health* (frequently referred to as the Naylor Report, after Dr. David Naylor, Chair of the Committee) and *Reforming Health Protection and Promotion in Canada: Time to Act*, a report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

B. Jurisdiction Over Public Health

While there is no explicit reference to legislative power over health generally in the *Constitution Act, 1867*, there are references to certain aspects of health. Parliament, for example, was granted exclusive jurisdiction over quarantine and marine hospitals (section 91(11)), and provincial legislatures were granted exclusive jurisdiction over the "Establishment, Maintenance, and Management of Hospitals, Asylums, Charities, and Eleemosynary Institutions in and for the Province, other than Marine Hospitals" (section 92(7)). Other constitutional

---

(2) *Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons*, November 1999, Ch. 14, "National Health Surveillance: Diseases and Injuries," para. 14.21.

(3) *Ibid.*, para. 14.25.

(4) *Ibid.*, para. 14.44.

(5) *Status Report of the Auditor General of Canada to the House of Commons*, September 2002, Ch. 2, "Health Canada – National Health Surveillance," para. 2.23.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

106-04614/

powers have been used to further assign health-related subjects to either Parliament (the spending power, the criminal law power, and the "peace, order and good government" power) or the provincial legislatures (property and civil rights, and matters of a merely local or private nature).[6] As a result, Parliament and the legislatures have shared jurisdiction over health.

Jurisdiction over public health is also shared between Canada and the provinces. The federal jurisdiction is clear with respect to quarantine at its borders, while provinces govern local public health matters under the provincial power to regulate with respect to "property and civil rights," which courts have interpreted as including common law tort, contract and property rights.[7] One of the ways in which provinces have exercised their jurisdiction over public health is by enacting public health legislation that grants medical health officers and other provincial health authorities the power to deal with the prevention, treatment and control of communicable diseases.[8] In addition, as a result of section 92(8) of the *Constitution Act, 1867*, provinces have jurisdiction over municipalities, and historically, municipal governments were largely responsible for government health interventions, due to health being recognized as a "matter of private or local concern."[9] Municipalities remain active in community health. For example, many public health programs are overseen by municipal health officers, and some larger cities have municipal councils that focus on public health-related issues.[10]

The federal criminal law power is the basis for federal management of infectious disease outbreaks. As was articulated in the *Reference re Validity of Section 5(1) of the Dairy Industry Act* (the *Margarine Reference*), a prohibition is validly a criminal law if it is "enacted with a view to a public purpose … [such as] public peace, order, security, health, morality."[11]

---

(6) For more information on the federal role in health, see Margaret Young, *The Federal Role in Health and Health Care*, TIPS-59E, Parliamentary Information and Research Service, Library of Parliament, Ottawa, 13 December 2000.

(7) National Advisory Committee on SARS and Public Health, *Learning from SARS – A Renewal of Public Health in Canada, A Report of the National Advisory Committee on SARS and Public Health*, October 2003, p. 166, http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/pdf/sars-e.pdf.

(8) Martha Jackman, "Constitutional Jurisdiction Over Health in Canada," *Health Law Journal*, Vol. 8, 2000, p. 112.

(9) *Ibid.*, p. 115.

(10) *Ibid.*

(11) [1949] S.C.R. 1, pp. 49-50.

Federal jurisdiction over the management of infectious disease outbreaks could also arguably be based on the peace, order and good government power.[12] That power has two branches: an emergency branch, which, in times of emergency, allows Parliament to enact laws that would normally lie within the jurisdiction of provincial legislatures; and a national dimensions branch, which allows Parliament to make laws in areas that concern Canada as a whole.

C. Recommendations Relating to the Public Health Agency of Canada and the Chief Public Health Officer

Both the National Advisory Committee on SARS and Public Health, and the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, recommended creating a federal Public Health Agency and appointing a Chief Public Health Officer. In April 2004, the Working Group on a Public Health Agency for Canada (established by the former federal Minister of Health Anne MacLellan) released its final report relating to the creation of such an agency.

1. *Learning from SARS – A Renewal of Public Health in Canada, A Report of the National Advisory Committee on SARS and Public Health* (the Naylor Report)

The National Advisory Committee on SARS and Public Health was given the mandate of providing "a third party assessment of current public health efforts and lessons learned for ongoing and future infectious disease control."[13] One of the many issues the Committee examined was how a federal public health agency could contribute to the renewal of public health, as well as how such an agency should be structured.

At the time, the majority of public health issues were handled by Health Canada's Population and Public Health Branch (PPHB), which had headquarters in Ottawa and regional offices across Canada. Components of the PPHB included Centres for Infectious Disease Prevention and Control, Chronic Disease Prevention and Control, Emergency Preparedness and Response, Surveillance Coordination and Health Human Development. The Committee observed that this placement within a government department was problematic as it "puts public

---

(12) National Advisory Committee on SARS and Public Health (2003), p. 166.

(13) *Ibid.*

health professionals inside a very large organization and a highly process-oriented culture with a particular orientation to the political issues of the day."[14] It recommended that placing the PPHB's responsibilities outside of a department in the form of an agency would yield a number of benefits, including:

- attracting scientists and professionals not comfortable in a departmental setting;
- reducing jurisdictional disagreements that might negatively affect the health of Canadians;
- "find[ing] new ways to engage public health professionals in the provinces and the territories"; and
- bringing the delivery of public health services more in line with how public health services are delivered elsewhere.[15]

The Committee recommended that the agency be a federal agency, as opposed to a federal/provincial/territorial (F/P/T) agency like the Canadian Institute for Health Information or Canadian Blood Services, because creating an F/P/T agency "would involve difficult and time-consuming negotiations that could exacerbate existing tensions at F/P/T tables."[16]

With respect to how the proposed entity should be structured, the Committee examined whether it should operate as a Crown corporation, a Special Operating Agency (SOA) (e.g., Technology Partnerships Canada and the Canadian Heritage Information Network), a Departmental Service Organization (e.g., Environment Canada's Meteorological Service), or a Legislated Service Agency (LSA) (e.g., Canadian Food Inspection Agency, Canadian Institutes of Health Research, Statistics Canada). The Committee was of the opinion that having public health handled by a Crown corporation was not desirable as it would be too far removed from Parliament and government.[17] It also rejected the option of its functioning as an SOA (which is not an independent legal entity, but is rather established by Treasury Board approval), because SOAs are part of the home department. The third option of creating a Departmental Service Organization, which would be a unit within the department that delivers services to the

(14) *Ibid.*, p. 73.

(15) *Ibid.*

(16) *Ibid.*

(17) *Ibid.*, p. 74.

department's clients, was rejected on the basis that it would not be sufficiently independent, nor would it be able to integrate activities across multiple departments.

Based on its characteristics, the LSA option proved to be the most desirable.[18] LSAs are:

- headed by a CEO that reports to the Minister;
- supported by a "Board" whose members are Governor-in-Council appointees;
- subject to ministerial discretion;
- separate employers under the *Public Service Staff Relations Act* (which increases the staffing authority and flexibility of the agency);
- focused on performance;
- provided with greater financial and administrative authorities than traditional departments; and
- overseen by the Auditor General of Canada.

Having determined that the new entity should be a LSA, the Committee made a number of other recommendations. For example, the legislation relating to the Agency should include appropriate and consolidated authorities necessary to provide leadership as well as provide for the delegation of powers from ministerial authorities to officials. The Committee also made recommendations relating to privacy and the use of personal information, and noted that the legislation could be "relatively skeletal" to allow it to be passed quickly into law.

With respect to the CEO of the Agency, the Committee determined that it should be a Chief Public Health Officer (CPHO):

> The Chief Public Health Officer of Canada would be a leading national voice for public health, particularly in outbreaks and other health emergencies, and a highly visible symbol of a federal commitment to protecting and improving Canadians' health.[19]

---

(18) *Ibid.*, p. 75.

(19) *Ibid.*, p. 77.

The CPHO would be required to report annually to Parliament on the state of public health. Other CPHO duties could include:

- advocating for effective disease prevention and health promotion programs and activities;
- providing science-based health policy analysis and advice to the federal Minister of Health and, when requested, to the provincial and territorial ministers of health;
- providing leadership in promoting special health initiatives; and
- improving the quality of public health practice.[20]

2. *Reforming Health Protection and Promotion in Canada: Time to Act*

The November 2003 Report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology strongly echoed the opinions expressed in the Naylor Report. The Committee agreed with the creation of the Agency, noting that the agency:

> would enhance the federal government's ability to support local work in disease control and prevention … would help bring a more collaborative culture among health protection and promotion professionals in different levels of government … [and] would provide a clear focal point for Canada to manage health protection and promotion issues at its borders and to interact with its international partners.[21]

Witnesses who appeared before the Committee suggested a number of advantages to establishing such an agency. For example, it would:

- concentrate and focus federal resources;
- enhance collaboration between different levels of government and providers of public health services;
- allow for faster and more flexible responses to emergencies;
- improve and focus communication;

---

(20) *Ibid.*

(21) Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology (2003), p. 11.

- allow for the making of longer-range plans because it would not be limited by the "annual planning cycle of government"; and
- have greater success in attracting and retaining health professionals.(22)

The Committee stressed the need to take immediate steps to create the Agency, even though that might mean that the Agency would not be initially equipped to handle all areas of its eventual mandate.(23) From the outset, however, the Agency should be responsible for the following:

- disease surveillance and control;
- emergency preparedness;
- immunization; and
- chronic disease prevention.(24)

3. Working Group on a Public Health Agency for Canada, April 2004

The Working Group started from the premise that the creation of a federal public health agency had merit.(25) Both the Naylor Report and the Standing Senate Committee's report were the basis for the review by the Working Group. The Working Group also looked at public health models in other jurisdictions, heard presentations from senior Health Canada officials, and consulted with provincial and territorial health officials through the F/P/T Task Force on Public Health.

The Working Group agreed that the Agency should be headed by a CPHO, noting that the position should be a Governor-in-Council appointment. The Working Group also emphasized that the Agency must recognize that public health is an area of shared responsibility between the federal, provincial and territorial governments, and that municipal governments play key roles in the delivery of public health services. The Working Group agreed with the core

---

(22) *Ibid.*, p. 19.

(23) *Ibid.*, p. 26.

(24) *Ibid.*, p. 28.

(25) Working Group on a Public Health Agency for Canada, *Report: A Public Health Agency for Canada*, April 2004, http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/phawg-aspgt-noseworthy/index.html.

mandate of the Agency as set out in the Naylor and Standing Senate Committee reports. It also agreed that new legislation that provided "a clear and solid legislative foundation for the Agency" was desirable, and noted that until such legislation came into force, the Agency could be established by Order in Council.

DESCRIPTION AND ANALYSIS

Bill C-5 contains a preamble and 24 clauses.

A. Preamble

The five-paragraph preamble states that the Government of Canada wishes to: take a number of measures relating to public health; foster collaboration and coordination in the field of public health; promote cooperation and consultation with the provinces and territories; foster international cooperation; and create a public health agency and appoint a Chief Public Health Officer to "contribute to federal efforts to identify and reduce public health risk factors and to support national readiness for public health threats."

B. Public Health Agency of Canada (Clauses 3 to 5)

Clause 4 establishes that the Minister of Health presides over the Agency. The Minister may delegate his or her powers, duties and functions in relation to public health to any officer or employee of the agency (clause 4), but may not delegate the power to make regulations nor the power to delegate (clause 5).

C. Chief Public Health Officer (Clauses 6 to 12)

Clause 6 provides that the Governor in Council shall appoint a Chief Public Health Officer as the deputy head of the Agency. The CPHO is to be a public health professional (clause 6(2)) and has the rank and status of a deputy head of a department (clause 9). Clause 7 provides that the CPHO is the lead public health professional of the Government of Canada, and that he or she may communicate widely with respect to public health issues.

The CPHO holds office during pleasure for a term not exceeding five years (clause 8(1)) and may be reappointed for one or more additional terms (clause 8(2)). His or her remuneration shall be fixed by the Governor in Council (clause (10(1)) and he or she shall be paid reasonable expenses (clause 10(2)). The CPHO may delegate any of his or her powers, duties or functions to any officer or employee of the Agency, except the power to delegate (clause 11).

Clause 12 establishes the CPHO's reporting duties. He or she is required to report annually to the Minister on the state of public health in Canada (clause 12(1)), and the Minister must lay that report before Parliament within 15 sitting days of receiving it (clause 12(2)). The CPHO may also prepare and publish reports on any public health issues (clause 12(3)).

D. General Provisions (Clauses 13 to 15)

Officers and employees of the Agency are to be appointed in accordance with the *Public Service Employment Act* (clause 13). Clause 14 provides that the Minister may establish public health committees (clause 14(1)), and the remuneration of committee members shall be fixed by the Governor in Council (clause 14(2)). In addition, members of committees are entitled to reasonable expenses (clause 14(3)).

Clause 15 sets out the regulation-making power of the Governor in Council, who may make regulations relating to "the collection, analysis, interpretation, publication and distribution of information relating to public health, for the purpose of paragraph 4(2)(*h*)[26] of the *Department of Health Act*" (clause 15(1)(*a*)) and the protection of confidential information (clause 15(1)(*b*)).

E. Transitional Provisions (Clauses 16 to 20)

Clauses 17 to 19 relate to the transition from the Public Health Agency of Canada as it existed prior to the bill to the Public Health Agency of Canada established by clause 3 of the

---

(26) Paragraph 4(2)(*h*) of the *Department of Health Act*, S.C. 1996, c. 8, states:

> (2) Without restricting the generality of subsection (1), the Minister's powers, duties and functions relating to health include the following matters:
>
> ...
>
> (*h*) subject to the *Statistics Act*, the collection, analysis, interpretation, publication and distribution of information relating to public health.

bill. For example, clause 17(1) provides that the existing CPHO remains in office and is deemed to have been appointed under clause 6(1) of the bill.

F. Related and Consequential Amendments (Clauses 21 to 23)

Clauses 21 and 22 make consequential amendments to the *Department of Health Act* and the *Quarantine Act*. Clause 23 makes a coordinating amendment to the *Quarantine Act*.

G. Coming Into Force (Clause 24)

Clause 24 establishes that the bill, other than clause 23, comes into force on a day to be fixed by order of the Governor in Council.

COMMENTARY

Bill C-5's predecessor, the short-lived Bill C-75, received virtually no media attention; media attention to Bill C-5 has also been non-existent. There was, however, some academic commentary prior to Bill C-75's introduction that pointed out issues raised by the creation of a federal Public Health Agency. For example, it was noted that a federal public health agency would have to be cognizant of privacy and confidentiality issues (i.e., the need to balance the privacy rights of individuals with the need to protect public health). Another issue that was highlighted was the need for such a federal agency to take a collaborative approach with the provinces and territories when addressing potential jurisdictional conflicts.[27]

(27) Nola M. Ries and Timothy Caulfield, "Legal Foundations for a National Public Health Agency in Canada," *Canadian Journal of Public Health*, Vol. 96, No. 4, July/August 2005, p. 281.

Résumé législatif **LS-523F**

PROJET DE LOI C-5 : LOI SUR L'AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

Marlisa Tiedemann
Division du droit et du gouvernement

Le 26 avril 2006

Bibliothèque du Parlement
Library of Parliament

Service d'information et de recherche parlementaires

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

HISTORIQUE DU PROJET DE LOI C-5

CHAMBRE DES COMMUNES		SÉNAT	
Étape du projet de loi	**Date**	**Étape du projet de loi**	**Date**
Première lecture :	24 avril 2006	Première lecture :	
Deuxième lecture :	8 mai 2006	Deuxième lecture :	
Rapport du comité :		Rapport du comité :	
Étape du rapport :		Étape du rapport :	
Troisième lecture :		Troisième lecture :	

Sanction royale :

Lois du Canada

N.B. Dans ce résumé législatif, tout changement d'importance depuis la dernière publication est indiqué en **caractères gras**.

Renseignements sur l'historique du projet de loi :
Peter Niemczak

THIS DOCUMENT IS ALSO PUBLISHED IN ENGLISH

TABLE DES MATIÈRES

Page

CONTEXTE 1

A. Renseignements généraux 1

B. Compétence en matière de santé publique 3

C. Recommandations relatives à l'Agence de santé publique du Canada et à l'administrateur en chef de la santé publique 4

1. *Leçons de la crise du SRAS – Renouvellement de la santé publique au Canada, un rapport du Comité national sur le SRAS et la santé publique* (le Rapport Naylor) 5
2. *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir* 8
3. Groupe de travail sur l'Agence de santé publique du Canada, avril 2004 9

DESCRIPTION ET ANALYSE 9

A. Préambule 10

B. Agence de la santé publique du Canada (art. 3 à 5) 10

C. Administrateur en chef de la santé publique (art. 6 à 12) 10

D. Dispositions générales (art. 13 à 15) 11

E. Dispositions transitoires (art. 16 à 20) 11

F. Modifications connexe et corrélative (art. 21 à 23) 11

G. Entrée en vigueur (art. 24) 12

COMMENTAIRE 12

CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

PROJET DE LOI C-5 : LOI SUR L'AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA*

Le projet de loi C-75 : Loi concernant l'Agence de la santé publique du Canada et modifiant certaines lois (titre abrégé : Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada), déposé à la Chambre des communes le 16 novembre 2005, est mort au *Feuilleton* le 29 du même mois, lorsque le Parlement a été dissous. Il a été déposé de nouveau le 24 avril 2006, au début de la 39e législature, avec le numéro C-5.

Comme le laisse entendre son titre, le projet de loi pose les assises législatives de l'Agence de la santé publique du Canada. La responsabilité à l'égard de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique a été transférée par décret à l'Agence de santé publique du Canada, conformément à la *Loi sur les restructurations et les transferts d'attributions dans l'administration publique*, et a pris effet le 24 septembre 2004. Le même jour, le docteur David Butler-Jones a été nommé administrateur en chef de la santé publique du Canada aux termes du *Règlement n° 2004-15 portant sur les affectations spéciales*.

CONTEXTE

A. Renseignements généraux

« Santé publique » s'entend des systèmes axés sur la population, y compris les fonctions telles que la surveillance des maladies, la prévention des maladies et des blessures, la protection de la santé, les mesures et interventions en cas d'urgences sanitaires, la promotion de la santé ainsi que les travaux de recherche correspondants(1). Comme l'a fait observer le

---

* Avertissement : Par souci de clarté, les propositions législatives du projet de loi décrit dans le présent résumé législatif sont énoncées comme si elles avaient déjà été adoptées ou étaient déjà en vigueur. Il ne faut pas oublier, cependant, qu'un projet de loi peut faire l'objet d'amendements au cours de son examen par la Chambre des communes et le Sénat, et qu'il est sans effet avant d'avoir été adopté par les deux chambres du Parlement, d'avoir reçu la sanction royale et d'être entré en vigueur.

(1) Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir*, Quatorzième rapport, 37e législature, 2e session, novembre 2003.

vérificateur général du Canada dans son rapport de novembre 1999, la responsabilité de la santé publique est partagée entre les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux : les provinces et les territoires assurent de nombreux services de santé publique, et Santé Canada « est tenu de protéger les Canadiens contre les risques pour la santé et la propagation des maladies »[(2)]. Au cours des dernières années, on a demandé au gouvernement fédéral d'exercer un rôle de chef de file dans la coordination des stratégies fédérales, provinciales et territoriales relatives à la santé publique, y compris dans l'amélioration de la législation fédérale sur la santé publique. Par exemple, le vérificateur général du Canada a recommandé à Santé Canada d'amorcer des discussions avec les provinces et les territoires en vue de l'établissement d'un cadre national qui permettrait de lier les éléments distincts des fonctions de santé publique des divers ordres de gouvernement[(3)]. Ce rapport a également mis l'accent sur la nécessité de clarifier les rôles et les responsabilités à l'égard de la santé publique, plus précisément en ce qui concerne la surveillance de la santé[(4)]. Dans le cadre d'un suivi effectué en 2002, on a constaté que même s'il n'existe toujours pas de loi fédérale sur la santé publique, le Ministère a réalisé des progrès quant à l'élaboration d'un cadre national pour la surveillance de la santé[(5)].

La nécessité d'améliorer et de renforcer la coordination dans le domaine de la santé publique a été rendue manifeste par les lacunes de l'intervention sur le plan de la santé publique lors de la flambée du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003. Plusieurs rapports ont examiné la gestion de cette crise, notamment le rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique (fréquemment appelé le Rapport Naylor, d'après le docteur David Naylor, président du Comité) intitulé *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada* et le rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie intitulé *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir*.

---

(2) *Rapport du vérificateur général du Canada à la Chambre des communes*, novembre 1999, chap. 14, « La surveillance de la santé nationale : les maladies et les blessures », paragr. 14.21.

(3) *Ibid.*, paragr. 14.25.

(4) *Ibid.*, paragr. 14.44.

(5) *Le Point – Rapport de la vérificatrice générale du Canada à la Chambre des communes*, septembre 2002, chap. 2, « Santé Canada – La surveillance de la santé nationale », paragr. 2.23.

B. Compétence en matière de santé publique

Bien que la *Loi constitutionnelle de 1867* ne mentionne pas explicitement le pouvoir législatif dans le domaine de la santé en général, elle mentionne néanmoins certains aspects de la santé. Le Parlement, par exemple, a compétence législative exclusive en matière de quarantaine et d'hôpitaux maritimes (par. 91(11)) et la législature de chaque province a compétence exclusive concernant « l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine » (par. 92(7)). D'autres pouvoirs constitutionnels ont été utilisés pour réserver les questions relatives à la santé soit au Parlement (pouvoir de dépenser, pouvoir de mettre le droit pénal en application et pouvoir relativement à la paix, à l'ordre et au bon gouvernement), soit à la législature provinciale (propriété et droits civils, et questions d'une nature purement locale et privée)[6]. Il ressort que le Parlement et les législatures provinciales se partagent les compétences dans le domaine de la santé.

Le Canada et les provinces se partagent également la compétence en matière de santé publique. Le gouvernement fédéral est clairement responsable des mesures de quarantaine imposées aux frontières, tandis que les provinces s'occupent des questions locales de santé publique en vertu du pouvoir provincial de réglementer « les droits civils et de propriété », que les tribunaux ont interprété en y incorporant les droits dont jouissent les personnes en vertu de la common law en matière de responsabilité civile délictuelle, de contrat et de propriété[7]. Les provinces ont exercé leur compétence sur la santé publique, entre autres en promulguant des lois sur la santé publique qui confèrent aux médecins des services de santé et aux autres autorités provinciales en matière de santé le pouvoir de prévention, de traitement et de contrôle des maladies transmissibles[8]. En outre, le paragraphe 92(8) de la *Loi constitutionnelle de 1867* donne aux provinces le pouvoir sur les institutions municipales, et les administrations

---

(6) Pour plus d'information sur le rôle exercé par le gouvernement fédéral dans le domaine de la santé, voir Margaret Young, *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé*, TIPS-59F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 13 décembre 2000.

(7) Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique, *Leçons apprises du SRAS – Renouvellement de la santé publique au Canada*, octobre 2003, p. 172 (http://www.phac-[illegible]sc.gc.ca/publicat/sars-sras/pdf/sras-f.pdf).

(8) Martha Jackman, « Constitutional Jurisdiction Over Health in Canada », *Health Law Journal*, vol. 8, 2000 p. 112.

municipales ont longtemps été largement responsables des interventions de l'État en matière de santé, puisque la santé était reconnue comme un « sujet d'intérêt privé ou local »[9]. Les municipalités continuent de jouer un rôle important dans le domaine de la santé communautaire. Par exemple, de nombreux programmes de santé publique sont supervisés par des agents municipaux de la protection de la santé, et certaines grandes villes ont des conseils municipaux qui s'intéressent aux questions de santé publique[10].

La gestion fédérale des épidémies de maladies infectieuses repose sur le pouvoir fédéral en matière de droit pénal. Comme il est indiqué clairement dans le renvoi relatif à la validité du paragraphe 5(1) de la *Loi sur l'industrie laitière* (le *Renvoi sur la margarine)*, une interdiction est une disposition législative valide du droit pénal si elle est adoptée « en vue d'un intérêt public [... tel que] la paix, l'ordre, la sécurité, la santé et la moralité publics »[11].

On pourrait soutenir que la compétence fédérale en matière de gestion des épidémies de maladies infectieuses repose également sur la paix, l'ordre et le bon gouvernement[12]. Cette compétence comporte deux aspects : l'aspect « situation d'urgence », qui, en telle situation, permet au Parlement de promulguer des lois qui seraient normalement de compétence provinciale, et l'aspect « dimensions nationales », qui permet au Parlement de promulguer des lois dans des domaines qui concernent le Canada en général.

C. Recommandations relatives à l'Agence de santé publique du Canada et à l'administrateur en chef de la santé publique

Le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique ainsi que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie ont recommandé la création d'une agence fédérale de la santé publique et la nomination d'un administrateur en chef de la santé publique. En avril 2004, le Groupe de travail sur l'Agence de santé publique du Canada (établi par l'honorable Anne MacLellan, ancienne ministre de la Santé) a publié son rapport final portant sur la création d'une telle agence.

---

(9) *Ibid.*, p. 115.

(10) *Ibid.*

(11) [1949] R.C.S. 1, par. 145, cité en traduction française dans *R.* c. *Demers*, [2004] 2 R.C.S. 489, par. 72.

(12) Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique (2003), p. 172.

1. *Leçons de la crise du SRAS – Renouvellement de la santé publique au Canada, un rapport du Comité national sur le SRAS et la santé publique* (le Rapport Naylor)

Le Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique s'est vu confier le mandat « d'évaluer – à titre d'organe tiers indépendant – les efforts actuels et les leçons de santé publique tirées de la flambée du SRAS, et d'étudier des approches à long terme sur la façon de mieux préparer le Canada à lutter contre d'éventuelles maladies infectieuses »[13]. Le Comité s'est penché, entre autres, sur la façon dont une agence de santé publique pourrait contribuer au renouvellement de la santé publique, ainsi que sur la façon dont cette agence serait structurée.

À l'époque, la plupart des questions en matière de santé publique étaient traitées au sein de Santé Canada par la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (DGSPSP), dont l'administration générale se trouvait à Ottawa et qui comptait plusieurs bureaux régionaux dans tout le pays, notamment le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, le Centre des mesures et d'interventions d'urgence, le Centre de coordination de la surveillance et le Centre de développement de la santé humaine. Le Comité a observé que la présence des fonctions de santé publique au sein d'un ministère fédéral était problématique, parce qu'elle « place les professionnels de la santé dans une très vaste organisation et dans une culture largement axée sur les processus et particulièrement orientée vers les questions politiques du jour »[14]. Selon le Comité, le transfert des responsabilités assumées par la DGSPSP à un organisme extérieur à un ministère procurerait un certain nombre d'avantages, notamment :

- attirer des scientifiques et des professionnels qui ne sont pas à l'aise dans un cadre ministériel;
- réduire les désaccords au sujet des sphères de compétence qui pourraient avoir une incidence négative sur la santé des Canadiens;
- permettre de « trouver de nouvelles avenues pour faire participer les professionnels de la santé publique des provinces et territoires »;
- permettre d'harmoniser davantage la prestation des services de santé publique avec la façon dont les services de santé publique sont fournis ailleurs[15].

---

(13) *Ibid.*, p. iii.

(14) *Ibid.*, p. 74.

(15) *Ibid.*, p. 75.

Le Comité a recommandé que l'organisme soit une agence fédérale plutôt qu'une agence fédérale-provinciale-territoriale (F/P/T) comme l'Institut canadien d'information sur la santé ou la Société canadienne du sang, parce que la création d'une agence fédérale-provinciale-territoriale « entraînerait des négociations difficiles et longues pouvant exacerber les tensions existant aux tables F/P/T »[16].

Au regard de la structure que devrait prendre la nouvelle agence, le Comité a tenté de déterminer si celle-ci devrait être exploitée comme une société d'État, un organisme de service spécial (p. ex. Partenariat technologique Canada et le Réseau canadien d'information sur le patrimoine), une organisation de services ministériels (p. ex. Service météorologique du Canada) ou une agence de service avec assise législative (p. ex. l'Agence canadienne d'inspection des aliments, les Instituts de recherche en santé du Canada, Statistique Canada). Selon le Comité, la gestion de la santé publique par une société d'État n'est pas souhaitable, parce que la question serait traitée à une trop grande distance du Parlement et du gouvernement[17]. Le Comité a également rejeté la possibilité que l'agence fonctionne comme un organisme de service spécial (qui n'est pas une entité légale autonome, mais est plutôt créée sous réserve de l'approbation du Conseil du Trésor), parce qu'un tel organisme fait partie intégrante de son organisation ministérielle de base. La troisième option, à savoir la création d'une organisation de services ministériels qui serait une unité au sein du ministère responsable de la prestation des services aux clients du ministère, a été rejetée parce qu'elle n'assurerait pas l'indépendance nécessaire ou la possibilité d'intégrer les activités de nombreux ministères.

Compte tenu de ses caractéristiques, l'option relative à une agence de service prévue par un texte législatif s'avère être la plus souhaitable[18]. Une agence de ce type :

- est dirigée par un directeur général qui fait directement rapport au ministre;
- est appuyée par un « conseil » dont les membres sont nommés par le gouverneur en conseil;
- est assujettie à l'orientation ministérielle;
- constitue un employeur distinct en vertu de la *Loi sur les relations de travail dans la fonction publique* (augmentation des pouvoirs/de la souplesse en matière de dotation);

---

(16) *Ibid.*, p. 75.

(17) *Ibid.*, p. 76.

(18) *Ibid.*

- met l'accent sur le rendement;
- dispose de pouvoirs financiers et administratifs plus importants que ceux des ministères traditionnels;
- est sous la surveillance du vérificateur général du Canada.

Ayant déterminé que la nouvelle entité devrait être une agence de ce type, le Comité a formulé un certain nombre de recommandations. Par exemple, la loi relative à l'Agence devrait lui accorder les pouvoirs appropriés et généraux nécessaires pour assurer un leadership et devrait aussi prévoir la délégation des pouvoirs ministériels à des représentants officiels. Le Comité a également formulé des recommandations relatives au respect de la vie privée et à l'utilisation des renseignements personnels, et a fait remarquer que la loi pourrait être « relativement squelettique » dans le but de permettre son adoption rapide.

En ce qui concerne le directeur général de l'Agence, le Comité a établi que celui-ci devrait être un médecin hygiéniste en chef :

> Le MHCC [Médecin hygiéniste en chef du Canada] serait une voix nationale écoutée en matière de santé publique, particulièrement au cours des épidémies et autres urgences sanitaires, ainsi qu'un symbole très visible de l'engagement fédéral à protéger et à améliorer la santé des Canadiens.(19)

Le MHCC devrait présenter annuellement un rapport au Parlement sur l'état de la santé publique. Ses autres fonctions pourraient comprendre :

- appuyer la prévention efficace des maladies et des programmes et activités de promotion de la santé;
- fournir une analyse et des conseils en matière de politique scientifique en santé au ministre fédéral de la Santé et, sur demande, aux ministres de la Santé des provinces et des territoires;
- assurer un leadership dans la promotion des initiatives spéciales en santé;
- rehausser la qualité des pratiques de santé publique(20).

---

(19) *Ibid.*, p. 79.

(20) *Ibid.*

2. *Réforme de la protection et de la promotion de la santé au Canada : Le temps d'agir*

Le rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, déposé en novembre 2003, fait écho aux opinions exprimées dans le Rapport Naylor. Le Comité souscrivait à la création de l'Agence et signalait que celle-ci :

> donnerait au gouvernement fédéral la possibilité de mieux appuyer le travail local de contrôle et de prévention des maladies [...] faciliterait la collaboration entre les professionnels de la protection et de la promotion de la santé des différents ordres de gouvernement [...] aurait aussi l'avantage de constituer un point central canadien pour la gestion des questions liées à la protection et à la promotion de la santé à nos frontières et pour traiter avec nos partenaires commerciaux.(21)

Les témoins qui ont comparu devant le Comité ont avancé un certain nombre de raisons pour justifier la création d'une nouvelle agence, notamment qu'elle permettrait :

- de concentrer les ressources fédérales;
- de renforcer la collaboration parmi les différents ordres de gouvernement et les fournisseurs de services de santé publique;
- des interventions plus rapides et plus souples dans les situations d'urgence;
- d'améliorer et de cibler la communication;
- d'assurer une planification à plus long terme, parce qu'elle ne serait pas liée au « cycle de planification annuelle du gouvernement »;
- de mieux recruter et de maintenir en poste des professionnels de la santé(22).

Le Comité sénatorial permanent a insisté sur la nécessité de prendre immédiatement des mesures pour créer l'Agence, même si cela pouvait signifier qu'elle ne serait pas outillée au départ pour prendre en charge tous les domaines de son mandat éventuel(23). Dès le départ, l'Agence devrait assumer les fonctions suivantes(24) :

---

(21) Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2003), p. 11.

(22) *Ibid.*, p. 19.

(23) *Ibid.*, p. 26.

(24) *Ibid.*, p. 28.

- surveillance et contrôle des maladies;
- préparation aux situations d'urgence;
- immunisation;
- prévention des maladies chroniques.

3. Groupe de travail sur l'Agence de santé publique du Canada, avril 2004

Le Groupe de travail est parti du principe qu'il était approprié de mettre sur pied une agence de santé publique[25]. Le Rapport Naylor et le rapport du Comité sénatorial permanent ont servi de base à ses travaux. Le Groupe de travail a également examiné des modèles de gestion de la santé publique conçus par d'autres gouvernements, a entendu les exposés de cadres supérieurs de Santé Canada et a consulté les représentants provinciaux et territoriaux de la santé par l'entremise du Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur la santé publique.

Le Groupe de travail a convenu que l'Agence devait être dirigée par un administrateur en chef de la santé publique et que le titulaire du poste devrait être nommé par le gouverneur en conseil. Il a insisté sur l'importance pour l'Agence de reconnaître que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se partagent la responsabilité de la gestion de la santé publique, ainsi que le rôle clé joué par les administrations municipales dans la prestation de services de santé publique. Le Groupe de travail approuvait le mandat fondamental de l'Agence défini dans le Rapport Naylor et le rapport du Comité sénatorial permanent. Il a aussi convenu que de nouvelles dispositions législatives fournissant « des principes législatifs clairs et solides pour l'Agence » étaient souhaitables et que, d'ici à ce que celles-ci soient adoptées, l'Agence pourrait être établie par décret.

DESCRIPTION ET ANALYSE

Le projet de loi C-5 contient un préambule et 24 articles.

---

(25) Groupe de travail sur l'Agence de santé du Canada, *Rapport : Agence de santé publique du Canada*, avril 2004 (http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/phawg-aspgt-noseworthy/index_f.html).

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

A. Préambule

Le préambule est composé de cinq paragraphes et énonce que le gouvernement du Canada entend : prendre un certain nombre de mesures en matière de santé publique; encourager la collaboration et la coordination des politiques dans le domaine de la santé publique; favoriser la coopération et la consultation avec les provinces et les territoires; encourager la coopération avec les gouvernements étrangers; créer une agence de la santé publique et nommer un administrateur en chef de la santé publique qui « contribueront à l'action fédérale exercée en vue de dégager et de réduire les facteurs de risque pour la santé publique et d'appuyer la préparation à l'échelle nationale des mesures visant à contrer les menaces pesant sur la santé publique ».

B. Agence de la santé publique du Canada (art. 3 à 5)

L'article 4 dispose que l'Agence est placée sous l'autorité du ministre. Le ministre peut déléguer à tout dirigeant ou employé de l'Agence les attributions qui lui sont conférées en matière de santé publique (art. 4), mais non le pouvoir d'adopter des règlements ni le pouvoir de délégation (art. 5).

C. Administrateur en chef de la santé publique (art. 6 à 12)

L'article 6 prévoit que le gouverneur en conseil doit nommer un administrateur en chef de la santé publique qui agira à titre d'administrateur général de l'Agence. L'administrateur en chef est un professionnel de la santé (par. 6(2)) qui a le rang et le statut d'un administrateur général de ministère (art. 9). L'article 7 prévoit que l'administrateur en chef est le premier professionnel de la santé de l'administration publique fédérale et qu'il peut avoir à communiquer souvent avec divers intervenants au sujet de toute question liée à la santé publique.

L'administrateur en chef occupe son poste à titre amovible pour un mandat maximal de cinq ans (par. 8(1)) et son mandat est renouvelable plus d'une fois (par. 8(2)). Sa rémunération est fixée par le gouverneur en conseil (par. 10(1)) et des frais raisonnables lui sont remboursés (par. 10(2)). Il peut déléguer à tout dirigeant ou employé de l'Agence les attributions qu'il est autorisé à exercer, sauf le pouvoir de délégation (art. 11).

L'article 12 énonce les obligations en matière de présentation de rapport. L'administrateur en chef est tenu de présenter chaque année au ministre un rapport sur l'état de la santé publique au canada (par. 12(1)) et le ministre doit déposer le rapport devant le Parlement

dans les 15 jours de séance suivant sa réception (par. 12(2)). L'administrateur en chef peut également établir et publier un rapport sur toute question de santé publique (par. 12(3)).

D. Dispositions générales (art. 13 à 15)

Le personnel de l'Agence est nommé conformément à la *Loi sur l'emploi dans la fonction publique* (art. 13). L'article 14 prévoit que le ministre peut constituer des comités en matière de santé publique (par. 14(1)) et le gouverneur en conseil fixe la rémunération des membres des comités (par. 14(2)). En outre, les membres des comités ont droit au remboursement des frais jugés raisonnables (par. 14(3)).

L'article 15 rend compte du pouvoir de réglementation du gouverneur en conseil qui peut, par règlement, régir « pour l'application de l'alinéa 4(2)*h*)[(26)] de la *Loi sur le ministère de la Santé* la collecte, l'analyse, l'interprétation, la publication et la diffusion des renseignements relatifs à la santé publique » (al. 15(1)*a*)) et la protection des renseignements confidentiels (al. 15(1)*b*))

E. Dispositions transitoires (art. 16 à 20)

Les articles 17 à 19 ont trait à la transition entre l'Agence de la santé publique du Canada telle qu'elle existait avant le projet de loi et l'Agence de la santé publique du Canada telle que l'établit l'article 3 du projet de loi. Par exemple, le paragraphe 17(1) prévoit que l'administrateur en chef actuel demeure en fonction comme s'il avait été nommé à ce poste en vertu du paragraphe 6(1).

F. Modifications connexes et corrélatives (art. 21 à 23)

Les articles 21 et 22 apportent des modifications corrélatives à la *Loi sur le ministère de la Santé* et à la *Loi sur la quarantaine*. L'article 23 apporte une modification de coordination à la *Loi sur la quarantaine*.

---

(26) L'alinéa 4(2)*h*) de *la Loi sur le ministère de la Santé*, 1996, ch. 8, dispose que :

> (2) Les attributions du ministre en matière de santé comprennent notamment :
>
> [...]
>
> *h*) sous réserve de *la Loi sur la statistique*, la collecte, l'analyse, l'interprétation, la publication et la diffusion de l'information sur la santé publique.

G. Entrée en vigueur (art. 24)

L'article 24 établit que le projet de loi, à l'exception de l'article 23, entre en vigueur à la date fixée par décret.

COMMENTAIRE

Le prédécesseur du projet de loi C-5, le projet de loi C-75 de brève existence, n'a pratiquement pas retenu l'attention des médias, ni avant ni après la dissolution du Parlement. On peut en dire autant du projet de loi C-5. Avant la présentation du projet de loi C-75, certains universitaires ont signalé certaines questions auxquelles donnait lieu la création d'une agence de santé publique fédérale. Par exemple, on a dit que ce type d'agence devrait tenir compte des problèmes relatifs à la protection des renseignements personnels et à la confidentialité (c.-à-d. le besoin de trouver le juste milieu entre le droit des personnes à la protection des renseignements personnels et le besoin de protéger la santé publique). On a aussi parlé du besoin qu'une telle agence adopte une approche axée sur la collaboration avec les provinces et les territoires pour résoudre les éventuels conflits de compétence[27].

---

(27) Nola M. Ries et Timothy Caulfield, « Legal Foundations for a National Public Health Agency in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, juillet-août 2005, vol. 96, n° 4, p. 281.